

**AUTOCERTIFICAZIONE DI FREQUENZA A CORSI DI STUDIO UNIVERSITARI, MASTER,
CORSI DI ALTA FORMAZIONE, IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE**

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____

Provincia: _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Telefono: _____

Email: _____

consapevole delle sanzioni penali e civili nel caso di dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di frequentare il seguente corso in materia di professioni sanitarie:

Titolo del Corso: _____

**Area/profilo professionale
sanitario:** _____

Anno Accademico in corso: _____

Università di : _____

Sede del corso: _____

La presente autocertificazione è resa ai fini di beneficiare dello sconto sulla quota di iscrizione in qualità di Socio alla Società Scientifica ANIPIO – Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo riservato agli studenti universitari, master, corsi di alta formazione universitari.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere decadrà dai benefici previsti.

Luogo e data: _____

Firma: _____